Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 23 października 1886. № 43. Rok XXV.

I. Z kliniki chorób skórnych prof. Rosnera.

W sprawie chłonienia chlorku rtęciowego z rozczynu wodnego przez skórę.

Skreślił
Dr. Leon Kopff,
asystent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Nie ma narządu w ustroju ludzkim, któryby miał za zadanie spełniać tyle rozlicznych czynności fizyjologicznych, co skóra. Narząd ten obszerny okrywa wszystkie części ciała, chroniąc je od wszelkich zewnętrznych wpływów szkodliwych, czyto przyrody mechanicznéj, czyto termicznéj; jest siedliskiem zmysłu czucia i dotyku; spełnia w wysokim stopniu zadanie regulatora ciepłoty ciała; wydzielając z ustroju gazy spełnia do pewnego stopnia czynność oddychania; wreszcie wydalając wodę i sole, a w pewnych przypadkach nawet ciała powstałe z rozkładu tkanek i istot białkowatych, których pozostanie w ustroju jest przyczyną różnych zboczeń, obejmuje część pracy powierzonéj nerkom, spełnia więc i czynność narządu wydalającego.

Istnienia jednéj jednak własności skóry dotąd badacze nie rozstrzygnęli. Pytanie, czy skóra posiada także i własność chłonienia, roztrząsane już prawie od wieku całego, przedstawia się, przynajmniéj co do ciał płynnych zawsze jeszcze jako zagadka nierozwiązana, a to pomimo prac tak licznych, że z nich samych możnaby utworzyć pokaźny księgozbiór. Niestety jednak w żadnéj może kwestyi naukowéj nie ma tyle prac tak sprzecznych, do tak wprost przeciwnych wyników dochodzących, jak w sprawie chłonienia przez skórę. A pytanie to przecież jest nieposledniéj wagi. Obok znaczenia czysto teoretycznego dla fizyjologii, jest ono niepomiernéj wartości ze stanowiska praktycznego dla całéj terapii, dla higijeny i balneologii.

Stosowanie różnorodnych leków przez skórę, czyto w postaci maści, czy pędzelkowań, czy wcierań, nacierań lub téż okładów i kąpieli zyskało sobie takie w lecznictwie prawo obywatelstwa, uświęconego tradycyją długich wieków, że z pewnością mało komu z lekarzy, nawet gorliwym wyznawcom nowoczesnego racyjonalizmu w medycynie, nasuwa się pytanie w chwili, gdy poleca użycie środków mających działać przez skórę, czy téż zastosowanie téj metody leczniczéj znajduje jakiekolwiek uzasadnienie w doświadczeniach i czy istotnie cel leczenia przez użycie czyto maści, czy pędzelkowań, okładów, kąpieli itd. w obec krytyki umiejętności ścisléj osiągniętym być może?

Również i dla higijeny pytanie to jest ważném. Na ileż to bowiem szkodliwych wpływów naraża człowiek zdrowie swoje, czyto zmuszony rzemiosłem poddawać skórę swoją działaniu trujących gazów lub téż pracujący w płynach, zawierających w rozpuszczeniu trujące ciała? A i tutaj higijena, szczególniéj wobec drugiego pytania stoi przed nierozwiązaną zagadką i nie może wydać ścisłego, na doświadczeniu opartego orzeczenia.

Wreszcie pytanie, czy skóra posiada własność chłonienia ciał w wodzie rozpuszczonych, zdawało się przed niedawnym czasem jeszcze być fundamentalném dla balneologii. Zdawało się, że przeczące rozstrzygnienie tego ważnego pytania usunie z pod nóg balneoterapii wszelką racyjonalną podstawę, a tym sposobem i balneologii, téj młodéj latorośli umiejętności lekarskich odbierze wszelką cechę naukową i zesunie ją do praktyk lekarskich, ściśle tylko na wierze i niepewnéj empiryi opartych.

Odkładając sobie na inny raz, przy innéj sposobności, obszerniejsze omówienie téj tak ważnéj, a w ostatnich latach prawie zupełnie odłogiem leżącéj sprawy, zamierzam tutaj podać tylko wyniki doświadczeń, które przedsiębrałem celem rozstrzygnienia pytania, czy sole rtęciowe, a w szczególności chlorek rtęciowy w rozczynie wodnym, przechodzi przez nietkniętą skórę lub nie? Zbadanie tego pytania wydało mi się z następujących względów ważném. W leczeniu kiły wprowadzanie rtęci przez skórę za pomocą kąpieli sublimatowych

już od dawna obok innych metod jest w użyciu. Stosuje się je zwykle u dzieci w pierwszych latach życia, gdy skóra delikatna, ustrój słaby nie zniósłby zbyt energicznie działających wcierań szaruchy lub też wstrzykiwań podskórnych połączeń rtęciowych, a zachodzi przytém i obawa, że i we wnętrznie podane przetwory rtęci mogłyby przez zadrażnienie mocne przewodu pokarmowego nazbyt podkopać odżywienie, na dobrém utrzymaniu którego tak dużo nam w tym wieku zależy. Praktyka lekarska tymczasem nie czekając, aby ścisłe naukowe doświadczenia odpowiedziały na pytanie, czy rtęć przechodzi przez skórę lub nie, stwierdziła, że kąpiele sublimatowe, tak dobrze jak i inne metody, usuwają w tym wieku zmiany kiły świeżéj, a mają przytém i tę zaletę, że prawie zupełnie nie podkopują odżywienia i sił chorego.

Rozczyn sublimatu zyskuje jużto ze względu silnych własności przeciwgnilnych, jużto z powodu swéj taniości, wygody w przyrządzaniu i bezwonności coraz większe zastosowanie w chirurgii i położnictwie. W ostatnich jednak latach coraz częściéj zdarza się słyszeć głosy, czy téż używanie tak trującego środka uchodzić może lekarzom bezkarnie ze względu na ich zdrowie. Niektórzy autorowie przypisują wessaniu sublimatu przez skórę rąk cały szereg objawów chorobowych, mających powstawać u lekarzy używających stale do opatrunku rozczynów chlorku rtęciowego. Inni znów śmieją się z wszelkiego niebezpieczeństwa i wprost przeczą możliwości wessania z rozczynów wodnych sublimatu przez skórę. Mimo jednak téj wielkiéj wagi, jaką kwestyja ta posiada w higijenie samych lekarzy, nie udało mi się znaleźć pracy nowszéj, któraby się nią zajmowała ze stanowiska doświadczalnego. Obok tych dwóch ważnych zastósowań sublimatu w medycynie nie podnoszę już, że kwestyja chłonienia rozczynów wodnych chlorku rtęciowego przez skórę ma ważne znaczenie także w higijenie różnych rękodzieł.

Tymczasem literatura w kwestyi przechodzenia sublimatu przez skórę jest wcale ubogą. W literaturze mnie dostępnéj napotkałem tylko małą liczbę prac, a i te stoją w sprzeczności ze sobą. Z jednéj strony Séguin, Laurés i kilku innych zaprzeczają wszelkiéj resorpcyi sublimatu przez skórę z rozczynu wodnego, z drugiéj znów Wedekind, Bonfil. Waller i inni twierdzą, że wodny rozczyn chlorku rtęciowego bardzo łatwo przechodzi skórę i dostaje się do obiegu krwi. Podczas gdy Laurés podaje, że można śmiało całemi godzinami siedzieć w kąpieli zawierającéj 20 do 60grm. sublimatu bez obawy, aby się choć cząstka téj trucizny w obieg krwi dostala, Clémens podaje, że sublimat z kąpieli wodnéj do 28°R. ogrzanéj, już w 5—7 minut dostaje się w obieg krwi. Jeżeli jednak nieco krytycznie rozbieramy prace autorów zarówno przeciwników jak i zwolenników przechodzenia sublimatu przez skórę, to przyjdziemy do przekonania, że tak jedni jak i drudzy oparli swoje twierdzenie na wcale niepewnych podstawach. Laurés i jego zwolennicy podają, że nawet po kilkogodzinnéj kąpieli sublimatowéj nie doznawali ślinotoku, *ergo* chlorek rtęciowy nie przechodzi przez skórę. Czyż jednak nauka ma prawo poprzestawać na tak grubém doświadczeniu i na takim dowodzie? Wiadomą przecież każdemu lekarzowi jest rzeczą, jak dużych czasem potrzeba dawek rtęci, aby sprowadzić ślinotok. Również doświadczenia Clémensa nie są w zupełności przekonywającemi. Autor ten stosował kąpiele sublimatowe, poczém obsuszywszy i obmywszy wodą czystą dokładnie skórę, podawał zaraz drugą kąpiel z wody przekroplonéj. W wodzie téj drugiéj wykazywał teraz za pomocą chlorku cynawego obecność rtęci w znaczniejszych ilościach. Autor widocznie tutaj zapomniał, że nasiąkanie, *imbibitio*, a chłonienie, *resorptio*, są dwie różne własności. Doświadczenia więc Clémensa udowadniają tylko, że skóra bardzo łatwo nasiąka rozczynem wodnym sublimatu, nie udowadniają zaś wcale jeszcze chłonienia. Z najnowszych prac w tym kierunku przytoczę jeszcze pracę Botta, podjętą głównie w celu wykazania nieszkodliwości roztworów sublimatu używanych w chirurgii. Autor twierdzi, że nietylko przez skórę, ale nawet przez powierzchnie granulacyjne sublimat nie dostaje się do obiegu krwi. Widocznie tutaj autor za daleko posunął się w swojéj negacyi. Ważność sprawy chłonienia chlorku rtęciowego z rozczynów wodnych z jednéj strony, a brak właściwie prac ściśle doświadczalnych, któreby rozstrzygały tę kwestyję, z drugiéj strony, skłoniły mnie więc do poruszenia jéj na nowo. W niniejszéj pracy podać zamierzam zatém doświadczenia, które wykonałem w celu rozświecenia pytania, czy i o ile chlorek rtęciowy jest w stanie z rozczynów wodnych przejść przez skórę nietkniętą, czyli innemi słowy, czy i w jakim stopniu skóra fizyjologiczna posiada własność chłonienia chlorku rtęciowego z rozczynu wodnego?

Aby doświadczenia wykonane były na skórze o ile możności w warunkach zupełnie fizyjologicznych, baczną zwracałem uwagę na to, aby część skóry, poddana doświadczeniu, nie była pozbawioną przyskórka. Na podstawie bowiem doświadczeń, nieulegających wątpliwości, przekonano się, że skóra właściwa, pozbawiona przyskórka, zachowuje się pod względem chłonienia podobnie jak błona śluzowa.

Mocz z 24 godzin po doświadczeniu w czyste, szklane naczynie zebrany, poddawałem badaniu chemicznemu, postępując przytém w sposób następujący. Całą ilość moczu do badania przeznaczoną odparowywałem na łaźni wodnéj do gęstości syropu. Następnie poddawałem zniszczeniu części organiczne moczu za pomocą chloranu potasowego i kwasu chlorowodowego. Pozostałość po zniszczeniu części organicznych wodą odpowiednio rozcieńczono i przesączono. Przesącz odparowywano do suchości w celu wypędzenia chloru, rozpuszczano następnie w małéj ilości wody, zakwaszano w miarę potrzeby kwasem chlorowodowym i wprowadzono do niego przez 24 godzin gaz kwasu siarkowodowego. Po strąceniu osadu i odstaniu przesączono, sączek wraz z osadem rozpuszczono w wodzie królewskiéj, poczém przesączano, odparowywano na łaźni wodnéj do suchości dla wypędzenia kwasu azotowego, rozpuszczono w małéj ilości wody a w razie kwaśnego oddziaływania zobojętniano jeszcze amonijakiem dla związania nadmiaru chloru i kwasu azotowego, następnie zakwaszano słabo kwasem chlorowodowym. Rozczyn tak przygotowany dawano do naczynia wysokiego a wąskiego i zanurzano w nim blaszkę z czystéj metalicznéj miedzi o powierzchni dokładnie wygładzonéj i czystéj. Blaszkę tę pozostawiano przez 24 godzin, poczém wyjmowano ją, opłukiwano wodą przekroploną, obsuszano dokładnie między czystemi bibułami, dopóki na bibule pozostawało zabarwienie szarawe. Już teraz, w razie obecności znaczniejszéj ilości rtęci w moczu badanym, widoczny był na metalicznéj powierzchni miedzi mniéj lub więcéj wybitny nalot szarawy. Dla dokładniejszego jednak przekonania się o obecności rtęci i dla uzyskania możności, aby choć w przybliżeniu można ocenić jéj ilość, postępowano daléj w sposób następujący. Blaszkę miedzianą dawano do grubéj szklanéj rurki o szerokim kalibrze, na jednym końcu zatopionéj okrągło, na drugim zaś

zatkanéj korkiem odpowiednio przysposobionym i zastósowanym, na którego wewnętrznéj powierzchni umieszczano blaszkę szczero złotą na $2\frac{1}{2}$ mm. grubą. Za pomocą ostrożnego a mocnego ogrzania przeprowadzano teraz pokład szarawy z blaszki miedzianéj na blaszkę złotą, która w razie obecności rtęci pokrywała się charakterystycznym, szarawo-białym metalicznym wniosem. Po ostygnięciu rurki blaszkę złotą zdejmowano z korka i dawano ją do rurki, używanéj zazwyczaj do spaleń elementarnych, na jednym końcu włoskowato wyciągniętéj. W koniec rurki włoskowatéj wprowadzano za pomocą włosa szklanego maleńki kawałeczek chemicznie czystego jodu. Następnie ogrzewano zwolna rurkę nad płomieniem gazowym od strony, w któréj znajdowała się blaszka złota, przez co rtęć się ulatniała i przechodziła przy dalszém ogrzaniu w część węższą rurki. Przez zetknięcie się pary rtęci z parą jodu wytwarzał się jodek rtęciowy (HgJ_2), który w charakterystycznych, barwą szkarłatną odznaczających się kryształkach, osiadał w postaci mniéj lub więcéj wyraźnego pierścienia na zimniejszych ścianach rurki włoskowatéj.

Postępowanie nasze oparte na metodach Schneidera, Schriddego i B. Lehmanna wymaga trochę więcéj czasu i zachodu, niż najczęściéj teraz w użyciu będące, wygodne postępowanie według metod Ludwiga lub Fürbringera.

Doświadczenia jednak nasze w téj mierze przedsiębrane przekonały nas, że podczas gdy w rozczynie wodnym metodą Ludwiga lub Fürbringera można wykryć jeszcze dokładnie $\frac{5}{10}$ miligrama chlorku rtęciowego w jednym litrze wody, to w jednym litrze moczu nie udaje się częstokroć wykryć $1-1\frac{1}{2}$ miligrama dodatku sublimatu. Zjawisko to przypisujemy obecności części organicznych, które przeszkadzają, jak się zdaje, dokładnemu strąceniu rtęci za pomocą elektrolizy. Uważaliśmy więc, że chcąc wykryć z całą dokładnością małe ilości rtęci w moczu, należy przedewszystkiém większą ilość moczu zebranego sprowadzić do małéj objętości, zniszczyć ciała organiczne, a następnie rtęć obecną przez strącenie kwasem siarkowodowym odosobnić w postaci siarczku rtęci. I istotnie téż przekonaliśmy się, że postępując drogą wyżéj przez nas opisaną, nietylko, że udało nam się wykryć w jednym litrze wody dodatek $\frac{7}{10}$ do $\frac{5}{10}$ miligrama chlorku rtęciowego, ale jeszcze zyskaliśmy i tę pewność, że dodatni wynik próby jest niewątpliwie dowodem obecności rtęci w moczu. Tém bardziéj zaś uważaliśmy za odpowiednie użyć metody dokładniejszéj do wykrycia rtęci w naszych doświadczeniach, bo tutaj już *a priori* mogliśmy przypuszczać, że będziemy mieli do czynienia z nader małemi ilościami rtęci. (C. d. n.)

II. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Seryja druga.

IV.

Sprawa Ritterów.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

(Ciąg dalszy Patrz Nr. 42).

Orzeczenie to opiewało:

Według protokołu oględzin pośmiertnych przedstawiały zwłoki Franciszki Mnichowny następujące uszkodzenia: 1) Brak części miękkich na plecach, pośladkach, na udzie lewém i części prawego, których dokładniéj obducenci nie opisali, a które według zdania obducentów powstały w skutek wyżarcia przez zwierzęta, jakotéż w skutek zgnilizny, co przy położeniu zwłok, w jakiém je znaleziono, jest zupełnie prawdopodobném. 2) Brak skóry na częściach miękkich na głowie, tak iż tylko szczątki powiek, jakotéż mały skrawek skóry nad korzeniem nosa pozostały. Brzeg skóry na szyi był ostry, gładki od cięcia przechodzący (Nr. 1 i 13 patrz ogłęd.). 3) Szczęka dolna po stronie prawéj złamana. 4) O ile z bardzo niedokładnego opisu zmian na szyi wnioskować można, brak tamże części miękkich i skóry, z któréj tylko „cienki skrawek skóry od szyi do brody z prawéj strony" pozostał; krtań zaś i przełyk musiały być przecięte, brzegi przecięcia gładkie (Nr. 3 prot.). 5) Ściana brzuszna jak przypuszczać można, przecięta w lewéj połowie, brzegi gładkie jakby rznięte (Nr. 4 prot.), macica w skutek ciąży powiększona, otwarta próżna, części płciowe wycięte.

Uszkodzenia pod l. 1 wymienione są niewątpliwie przypadkowe, pośmiertne, jak to już powyżéj powiedzieliśmy. Uszkodzenia pod l. 2, 4, 5 wymienione zadane zostały przez osobę trzecią narzędziem ostrém, długiém, o czém z jakości brzegów części przeciętych i miejsc wyciętych wnioskować można. Złamanie szczęki dolnéj powstało w skutek uderzenia ciałem twardém. W braku części miękkich i skóry na twarzy i głowie, których zmiany mogłyby w téj mierze dać wskazówki, nie można oznaczyć, czy złamania te powstały w skutek uderzenia obuchem czy ostrzem siekiery. Pierwsze jest jednakże prawdopodobniejszém, gdyż w czaszkę nie jeden raz zapewne denatka uderzoną została, o ile z protokółów oględzin można wnioskować a uderzenia te żadnych śladów uszkodzenia kości nie wywołały, co przy uderzeniach ostrzem siekiery łatwiejby powstało.

Co do uszkodzeń za życia, o ile według wszelkiego prawdopodobieństwa w téj mierze orzekać można, rozchodzić się może o kolejność obrażenia głowy a szyi: uszkodzenia brzucha, przecięcie macicy były niewątpliwie późniejsze, po śmierci dokonane w obec usunięcia płodu. Uderzenia te w głowę, o czém w niniejszym przypadku świadczy złamanie szczęki, mogły same przez się spowodować śmierć. Większém jednak i wiele prawdopodobniejszém jest przypuszczenie, iż uderzenia te sprowadziły stan bezprzytomności, wstrząśnienia mózgowego i dopiero przecięcie szyi i nadwerężenie naczyń krwionośnych szyjnych z następowym krwotokiem, jakotéż przecięcie tchawicy, stanowią uszkodzenie, które jako najbliższą przyczynę śmierci uważaćby należało. Stanowcze rozstrzygnięcie téj kwestyi na podstawie przedłożonych aktów w niniejszym przypadku jest niemożebném.

W miesiącu listopadzie 1882 r. Sąd zażądał od Drów Barzyckiego i Bandrowskiego w Rzeszowie opisu macicy i orzeczenia. Opis ten opiewa:

Przedłożono nam dwa preparata anatomiczne [1]).

1. Część pochwy, dolną część pęcherza, jakotéż dolną część kiszki stolcowéj wraz z zdziergaczem rzyci. Na preparacie tym widoczne są powierzchnie odcięcia gładkie na dowód, że takowe za pomocą noża się odbyło. Szczątki nie regularne, które przy tym preparacie się znajdują, pochodzą widocznie od sztucznego przez pierwszych znawców wydobycia przy użyciu obok noża także oddzierania. Nie widać na tych brzegach nigdzie zagłębień właściwych kąsaniu lub dzióbaniu.

[1]) Wycięty przez Dra Bielińskiego i chir. Meydla kawałek skóry brzusznéj zaginął gdzieś.

2. Drugi okaz przedstawia nam część macicy, mianowicie całe jéj dno, dłuższy a węższy przedni krótszy a szerszy tylny odcinek téjże. Odcinek przedni stanowi dość regularny klin kantem ostrym ku dolowi zwróconym, gdzie się kończy nieregularnym płatem o brzegach atoli gładkich. Z płatu tego po lewym brzegu powyżéj opisanego klina biegnie odcinek macicy na $^1/_4$cm. szeroki ku górze się zwężający, na 4cm. długi, o brzegach zupełnie gładkich, od góry wolno się kończący. Zaznaczamy raz jeszcze, że wszystkie brzegi są zupełnie gładkie i ostre, osobliwie zaś brzegi, które wyżéj opisany klin obejmują. Tylna ściana macicy jest gładko poprzecznie odciętą, prawdopodobnie przez pierwszych znawców. Oba preparaty pod wpływem wyskoku, w którym się znajdowały, są skurczone, zbite z dokładnie zachowaném utkaniem.

Orzeczenie. Przedłożone nam przedmioty stanowią macicę, część pochwy dolnéj, części pęcherza, jakotéż kiszki odchodowéj; noszą one na sobie ślady licznych cięć narzędziami ostremi wykonane, częścią przez znawców w celu wydobycia tych części dla dalszego użytku, częścią zaś mianowicie na powierzchni części macicy po stronie lewéj znajdują się otwory przez całą szerokość macicy z góry na dół biegnące, niewątpliwie narzędziem ostrém wykonane. Cięć tych musiało być niezawodnie więcéj, my zaś tylko trzy rozróżnić możemy, mniejsze po stronie lewéj od przodu. Że otwory te macicy nie pochodzą od kąsania lub dzióbania przez zwierzęta lub ptaki na zwłokach dokonane, dowodzi najprostsza okoliczność, że brzegi są gładkie, ostre, że nigdzie na macicy nie znaleźliśmy zagłębień, któreby stanowiły ślady wbijania zębów lub dzióbania, nadto okoliczność, że macica w 3 lub 4 miesiącu ciąży w kostnych miejscach miednicy jest jeszcze dość należycie chroniona przed zębami lub dzióbem zwierząt, którym inne na tych zwłokach części do żeru były przystępniejsze a przecież były nienaruszone. W końcu najwięcéj przeciw temu przemawia okoliczność, że zwłoki znaleziono leżące na brzuchu, dostęp zatém dla zwierząt do macicy był z powodu kości miednicowych i krzyżowych prawie niepodobnym. Gdybyśmy i tę okoliczność przypuścili, wtedy uszkodzenie macicy miałoby miejsce w stronie jéj tylnéj od góry, a nie przeciwnie, jak w tym przypadku. Macica pod wpływem wyskoku jest obecnie skurczona; za życia była niezawodnie większą i nie zmniejszyła się zaraz po śmierci, a cięcie po stronie lewéj od przodu idące przez całą długość macicy aż nadto wystarczało, aby tą drogą płód wydobyć.

Pierwsza rozprawa przed trybunałem przysięgłych w Rzeszowie odbyła się w d. 11—21 grudnia 1882 r. Do rozprawy téj wezwani byli jako znawcy Drowie Bieliński i Barzycki. Zeznania pierwszego mają większą wagę, jako pochodzące od lekarza-obducenta. Podaje on między innemi, że ciało Mnichówny znajdowało się w stanie wielkiéj zgnilizny, że położenie trupa było tego rodzaju, jak człowieka, który upadł a chce wstawać, że atoli tak rzecz się nie miała, czego dowodzą wnętrzności z pomiędzy nóg występujące, które dostały się na zewnątrz nie za sprawą zwierząt, lecz z powodu zgnilizny; głowę i ramiona przedzielał namuł, a nie błoto, co wskazuje, że trup w położeniu, w którém go znaleziono, leżał już czas dłuższy, że nie został w błoto wciśnięty, lecz że woda przezeń przechodziła i omuliła go; na głowie, szyi i twarzy nie było skóry, natomiast na twarzy i na szyi zachowały się niektóre skrawki, co wnosić kazało, że tu nie zgnilizna odegrała rolę, lecz inne jakieś wpływy; — tylko uszkodzenia na nogach pochodziły od zwierząt; w ogłowiu spostrzeżono podbiegnięcie wielkości talara, a wielkość onego oraz umiejscowienie wskazują, że powstało za życia Mnichówny; mózg w stanie zgnilizny, zakrwawiony w miejscu odpowiadającém podbiegnięciu zewnętrznemu, co również za powstaniem za życia przemawia; — zmarła znajdowała się w 3 lub 4 miesiącu ciąży; — rozcięcie brzucha i macicy nastąpiło narzędziem prawdopodobnie ostrém, co się stanowczo dla tego orzec nie da, ponieważ zgnilizna była już znaczną; — rozcięcie macicy i wyjęcie płodu nastąpiły po śmierci Mnichówny, — co do uszkodzenia szyi oględziny lekarskie są bardzo skromne, gdyż cały materyjał ograniczony był do skrawka skóry i resztek przełyku o brzegu gładkim; krtań bowiem, jako prędzéj gniciu podlegająca, zgniła; skrawek skóry na szyi nie był oderwany, lecz cięty, co wskazuje niewątpliwie, że na szyi dokonywały się widocznie operacyje a nie zgnilizna była tych zmian przyczyną; twierdzenie to staje się niezbitém, bo brzegi znaleziono ostre, krajane; na zwłokach nie dało się oznaczyć dokładnie, jakiego narzędzia użyto, zwłaszcza, że przełyk został przecięty a nie można powiedzieć, jakiego losu doznały krtań i tchawica; prawdopodobnie użyto noża; obcięcie i zdjęcie skóry z głowy i twarzy nastąpiło tylko w celu ukrycia sposobu śmierci; — skóra na twarzy, jeżeli nie została wyciętą, to przynajmniéj mocno posiekaną, a to dla tego, aby trupa nie poznano, a jeżeli się uwzględni, że brak był części płciowych, to przypuszczenie to staje się pewnikiem, gdyż zwierzęta tych uszkodzeń nie wywołały, bo unikają części włosem pokrytych, a byłyby raczéj wyżarły skórę na plecach i pośladkach. Na zapytanie odnośne p. przewodniczącego znawca podaje, że śmierć Mnichowny nie mogła nastąpić na miejscu, gdzie trupa znaleziono.

Wynik rozprawy jest znany: przysięgli uznali jednogłośnie winnymi zbrodni morderstwa Rittera i Stochlińskiego a 9 głosami (na 12) Ritterową współwinną, natomiast obie córki Ritterów jednogłośnie uznali nie winnemi. Trzej pierwsi przez Sąd skazani zostali na śmierć przez powieszenie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Baginsky: **Wykład chorób dzieci. Przekład Dra W. Kosmowskiego z wydania z roku 1883.** T. II. Warszawa, 1886.

Na początku br. wydaną została część pierwsza (tom I) powyższego dzieła, a ocenę zarówno oryginału jak i przekładu Dra Kosmowskiego podaliśmy w Nrze 14 Przeglądu Lekarskiego z d. 3 kwietnia 1886. Obecnie opuścił prasę ciąg dalszy tego podręcznika jako tom IIgi, odpowiadający oryginałowi niemieckiemu od str. 247 do 494. W części téj znajdują się opisy: I. chorób układu nerwowego (choroby opon mózgowych, mózgu, rdzenia kręgowego i nerwów). II. Choroby narządu oddechowego (nosa, krtani, tchawicy, oskrzeli płuc i opłucny); wreszcie III. Choroby narządu krążenia (osierdzia, serca i mięśnia sercowego).

Jako w podręczniku napisanym przeważnie dla uczącéj się młodzieży wszystkie rozdziały skreślone są krótko i zwięźle, z uwzględnieniem nowszych poglądów i dążności na polu dyjagnostyki i terapii. W ogóle i w téj części dzieła spotykamy się z pracą autora dobrze obeznanego z przedmiotem i wytrawnego pisarza.

Ponieważ przekład polski jest dosłownem tłumaczeniem, przeto zawiera w sobie wszystkie zalety oryginału, a chociaż pod względem stylu i słownictwa lekarskiego gdzieniegdzie nie każdego czytelnika zadowoli, to przyznać należy, że przeważnie w tym tomie spostrzegać się daje staranność w tłumaczeniu i wierność w oddaniu myśli autora. *M. L. J.*

Patologija.

Ebertha i Schimmelbuscha: **Badania doświadczalne nad zakrzepicą.** (Patrz Nr. 18 Przegl. Lek.) Sprawozdanie Dra Krokiewicza.

Powstawanie zakrzepów wśród większych naczyń u zwierząt ssących. W 103cim tomie Archiwu Virchowa podali autorowie wyniki prac swoich wykonywanych w celu wywołania zakrzepów wśród krwi krążącéj u zwierząt ciepłokrwistych. Otwierali oni jamę brzuszną u psów, królików i świnek morskich, wydobywali na zewnątrz sieć lub kreskę i wystawiali ją na działanie powietrza i rozmaitych bodźców już to chemicznych już to mechanicznych. Rezultat tych badań uwieńczony został pomyślnym skutkiem; udało się bowiem wykazać, iż dotychczasowe zapatrywania co do powstawania i tworzenia się zakrzepu nie mogą wytrzymać próby krytycznéj. Według ich spostrzeżeń w tworzeniu się zakrzepu nie biorą największego udziału ciałka białe krwi, jak to Zahn i inni twierdzili, lecz płytki we krwi się znajdujące; ziarniste białe masy, które tak często się napotyka przy badaniu zakrzepów, nie są szczątkami ciałek białych, lecz płytek we krwi się znajdujących; wreszcie przy tworzeniu się czopka w okolicy nadwerężonéj błony wewnętrznéj naczynia nagromadzają się jedynie powyższe płytki w wielkiéj ilości i silnie ze sobą spajają. Również zauważyli, że te gromady płytek krwi zawdzięczają swe powstanie pewnym warunkom, które się wytwarzają wśród krwi krążącéj, a mianowicie zwolnionemu prądowi krwi lub wirującemu, wydarzającemu się przy nadwerężonéj ścianie naczynia. Wtedy to bowiem dopiero płytki powyższe, które w stanie prawidłowym znajdują się w prądzie osiowym, zostają z niego do prądu przyściennego wyrzucone i w okolicy nadwerężonéj ściany naczynia nagromadzają się w znaczniejszéj ilości. Z początku płytki te są luźnie ze sobą połączone i zachowują pierwotne zarysy, późniéj jednak w celu wytworzenia litego zakrzepu ulegają przemianie, którą autorowie jako przekrwienie zlepne *„viscöse Metamorphose“* określają i następowemu zlaniu się. W ten sposób wytworzony zakrzep krwi jest wyrazem zlepienia a nie ścinania, bo skoro przy skrzepnięciu np. wypociny włóknikowéj elementy krwi poprzednio nie ulegały żadnéj przemianie, to przeciwnie śród tworzenia się zakrzepu krwi.

Doświadczenia te wykonywali autorowie na drobnych naczyńkach, co połączone było z rozlicznemi trudnościami. Już samo zastósowanie bodźca czy to mechanicznego, czy to chemicznego, nie było łatwe, skoro chodziło, aby nie wywołać od razu zupełnego zastoju przez użycie nieco silniejszego w tak drobnem włosowatem naczyńku. A cóż mówić o wprowadzeniu ciał obcych do światła ich? itd. Dla tego też dla uzupełnienia swych spostrzeżeń musieli się uciec do większych naczyń. W tym celu odosabniali naczynia i działali na nie pewnym bodźcem, np. kauteryzowali lub zakładali przewiązkę i następnie w różnym czasie nacinali je w celu sprawdzenia, czy krew była płynną czy już skrzepłą. Metoda to jednak zbyt niedokładna. Pfitzner i Lubnicki zakładali przewiązkę dośrodkową, przez co dopływ krwi został powstrzymany, wycinali część naczynia około niéj, wkładali do cieczy stwardniającéj i po pewnym czasie badali liczne przekroje, ale i to postępowanie nie doprowadziło do pożądanego celu, gdyż naczynie po wycięciu nagle się wypróżnia i zapada, przez to daje powód do rozmaitych złudzeń. Ztąd téż autorowie zakładali duże przewiązki, jednę dośrodkowo, drugą odśrodkowo w odległości 1 cm. od siebie, które początkowo wolno na naczyniu spoczywały i dopiero przy jego wycinaniu zaciągnięte zostały. Kawałek wycięty wkładali następnie do cieczy stwardniającéj. (Zanim się atoli naczynia wytnie, należy wszystkie obwodowe gałązki jego podwiązać, bo wtedy naczynie wszędzie jest jednostajnie wypełnione i unika się przez to zmiany położenia jego treści). Jako cieczy stwardniającéj używali autorowie, idąc za radą Flescha, mięszaniny kwasów chromowego i osmowego i pozostawiali w niéj przez dwa dni; następnie wymywali dokładnie wodą i stwardniali do reszty w 90% wyskoku. Wyniki tego postępowania były wcale zadowalające, jeśli chodziło o zachowanie i utrzymanie elementów krwi, zwłaszcza ciałek białych; jeśli zaś chodziło o barwienie następowe, to ujemne. Dobre wyniki daje włożenie na kilka dni kwałków naczyń do odczynnika Müllera i następowe stwardnienie w wyskoku ze względu na przechowanie i barwienie. Najlepiéj atoli stwardnieć w czystym alkoholu i to najpierw przez kilka dni w 60%, potém przez ośm dni w 90%, następnie zatopić w celoidynie rozpuszczonéj w mięszaninie składającéj się z równych części wyskoku i eteru. Tego téż ostatniego sposobu najczęściéj autorowie używali. Do barwienia używali hematoksyliny i eozyny. Płytki krwi i ich gromady okazywały naówczas zabarwienie fijołkowe, przez co odróżniały się wybitnie od ciałek czerwonych krwi, które w całéj rozciągłości przeświecały jasno-czerwono i od ciałek białych, których jądra były ciemno niebiesko zabarwione. Doświadczenia wykonywali na średnich psach pod względem wielkości i na silnych królikach, narkotyznjąc je już to chlorkiem morfinu już to mięszaniną chloralu i morfinu. Wyniki były następujące:

1) Przy podwiązaniu odosobnionego naczynia czy tętniczego czy żylnego jedną lub dwiema przewiązkami, badanie mikroskopowe wykazało, że wytworzone zakrzepy składały się prawie wyłącznie z płytek krwi, które zlewały się w masę bezpostaciową lub drobnoziarnistą, niejednostajną obłoczkowatą, jaśniejszą i ciemniejszą. Ciałka czerwone i białe w bardzo skąpéj ilości znajdują się w tychże czopkach, chyba jeśli powierzchnia zakrzepu jest nierówna, falista, to ich więcéj. Zawsze atoli przeważają płytki.

2) Przy nacięciu żył na długość 1—2 cm., ostrym lancetem w celu badania zasklepienia się rany, zakrzep składał się jedynie ze samych płytek krwi i nie zawierał żadnego innego składnika; przyczém również miał utkanie obłoczkowate. Toż samo i przy ranach kłutych. (C. d. n.)

Nasse: **Przyczynek do gruźlicy tętnic.**

Do niedawna przyjmowano dla układu naczyniowego kompletną odporność w obec jadu gruźliczego; dopiero liczne badania ostatnich lat wykazały, iż gruźlica naczyń wydarza się stosunkowo dość często. Szczególnie badania Weigerta stwierdziły, iż gruźlica układu naczyniowego odgrywa pierwszorzędną rolę w patogenezie gruźlicy ogólnéj. Badania jednak Weigerta wykazują głównie i przeważnie znaczenie, jakie ma gruźlica żył odnośnie do uogólniania się jadu gruźliczego, o wpływie zaś gruźlicy tętnic ze względu na uogólnie-

nie się w organizmie jak i na lokalne przeszkody w krążeniu, któryto wpływ jest w każdym razie daleko mniejszym, tak te jak i badania innych bardzo mało wspominają.

Jedynie u Ortha spotkać się można ze zdaniem, iż wśród i w następstwie rozlanéj gruźlicy znaleźć można małe ogniska zatorowe anemiczne i hemoragiczne, w przypadkach, gdzie powstały gruzełki w ścianach łuków tętnic nerkowych *(arcus renales)* lub tętnic wstępujących *(arteriae ascendentes)*, światło takiego naczynia ulega zwężeniu a nawet zupełnemu zamknięciu.

Autor w poszukiwaniach swoich własnych ograniczył się na razie głównie do śledziony i nerek, dla płuc brakło mu do téj chwili zupełnie odpowiedniego materyjału. Na podstawie tego co znalazł w 7 przypadkach gruźlicy ogólnéj, stawia następujące tezy:

1) w obec gruźlicy rozlanéj nerek i śledziony wytworzyć się mogą w tych narządach ogniska zatorowe czyli infarkty anemiczne lub mięszane anemiczno-hemoragiczne, a to skutkiem gruźlicy doprowadzającéj tętnicy i następowego zatkania téjże.

2) W nerkach przyjść może do miejscowéj rozlanéj gruźlicy w następstwie przebicia gruzełka do światła tętnicy. Czy wreszcie podobne sprawy odbywać się mogą i w innych narządach, tego na razie autor stanowczo nie rozstrzyga, prawdopodobném jest jednak, iż w płucach zdarzają się *(Virchowa Archiw.* T. CV, Z. 1, 1886). *Dr. Gross.*

Farmakologija.

Nowsze leki w literaturze francuskiéj z r. 1885.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40)

26. A. Luton poleca wstrzykiwania z rtęci metalicznéj w tkankę mięśniową przeciw kile. W 15 przypadkach, w których autor wstrzykiwał rtęć metaliczną, wessanie było zawsze zupełném. Luton wstrzykuje naraz 1 grm. rtęci i dopiero op upływie kilku lub kilkunastu dni powtarza wstrzykiwanie. Metodę swoją poleca szczególniéj w ciężkich przypadkach kiły, w których wskazanemi są zazwyczaj energiczne wcierania. *(Semaine médicale).*

27. Sarrazin ogłosił z kliniki prof. Richeta rozprawę doktorską, któréj ostateczne rezultaty, do jakich autor doszedł, podajemy: 1) Chlorek rtęciowy może z korzyścią zastąpić nalewkę jodową w leczeniu wodniaka *(hydrokele)*, 2) sublimat nie sprawia bólu z wyjątkiem lekkiéj tkliwości jądra przy dotknięciu. Odczyn zapalny jest bardzo umiarkowanym a przecież wystarczającym do szybkiego zabliźnienia się worka wodniakowego. 3) Rękoczyn ten sam, jak przy użyciu nalewki jodowéj. W pochwę jądra wstrzykuje się 200 grm. rozczynu chlorku rtęciowego 1:1000, wypuszcza się z tego połowę, 100 grm. zaś pozostawia się w torebce.

28. *Bull. de thérap.* podaje następujący przepis leczenia kłykcin kończystych: *Rp. Calomelanos* 30·0, *Acidi borici* 15·0, *Acidi salicylici* 5·0, *Mfplv. S.* Do zasypywania. Kłykciny proszkiem tym trzy razy dziennie zasypywane mają prędko przysychać, kruszyć się i w końcu odpadają całkowicie.

29. Dujardin Beaumetz, który podobnie jak prof. Sée, zachwala jodek potasu w dusznicy, poleca go albo w mleku, lub obecnie za przykładem prof. Fourniera jeszcze chętniéj w piwie. Przepisuje on: *Rp. Kalii jodati* 15·0, *Aq. destillatae* 250·0; z rozczynu takiego bierze chory rano i wieczór lub trzy razy dziennie po łyżce stołowéj w szklance piwa. Piwo takie ma mieć smak prawie zupełnie niezmieniony. Ponieważ piwo działa moczopędnie, ułatwia więc szybkie wydzielanie jodu z ustroju i tym sposobem zapobiega się kumulacyjnemu działaniu tego leku. Ponieważ kilku lekarzy a między nimi Fournier, polecało stroiczkę wydętą w dusznicy, przeto Beaumetz zapisuje także niekiedy z dobrym bardzo skutkiem: *Rp. Kalii jodati, Tincturae lobeliae inflatae āā* 15·0, *Aq. destillatae* 250·0. Lek ten ma jednę niedogodność, że niekiedy u osób skłonnych sprawia nudności a nawet wymioty. *(Bull. thérap.)*

30. Huchard podaje następujące przepisy użycia jodu w *sclerosis arteriarum*: *Rp. Kalii jodati* 10·0, *Extracti thebaici* 0·10, *Aq. destillatae* 300·0 *S.* 2—3 łyżki dziennie, — w nieżycie przewlekłym oskrzelowym samoistnym lub towarzyszącym innym przewlekłym chorobom: *Rp. Kalii jodati, Tincturae polygalae senegae, Tincturae lobeliae āā* 10.0, *Extracti thebaici* 0.10, *Aq. destillatae* 300 0 *S.* 2—3 łyżek dziennie. W przewlekłym gośćcu: *Rp. Natri jodati* 10.0, *Aq. destillatae* 100.0 *S.* Rano łyżkę w mleku. *(Journ. de la santé publique).*

31. E. Duchesne z kliniki prof. Legroux zastanawia się w rozprawie na stopień doktora nad wpływem jodu na przemianę pierwiastków ustroju i zestawia porównawczo działania różnych soli jodowych. Podajemy z tezy téj najważniejsze ustępy. Co do wpływu na diurezę, to w ogóle jod nie zdaje się wiele mieć znaczenia. Całe działanie w tym kierunku zdaje się polegać na zwiększeniu się nieznaczném ilości moczu i to tylko w pierwszych dniach używania jodu, po czém często w następnych dniach diureza się zmniejsza więcéj niż w stanie prawidłowym, co się znów niekiedy utrzymuje przez 10—15 dni, mimo zaprzestania dalszego użycia jodu. Najsilniéj na zwiększenie wydzielania moczu zdaje się wpływać nalewka jodowa i jodek amonu, najmniéj zaś jodek potasu. Jodek potasowy wpływa na zwiększenie azotu w moczu, tak podczas podawania go, jak i jeszcze 10 do 15grm. po przestaniu użycia. Ilość mocznika wynosząca zwykle 2 do 3grm. na dzień wzmagała się do 7, 8 a nawet wyjątkowo i 15grm. Pod tym względem nalewka jodowa działa jeszcze energiczniéj niż jodek potasu. Najmniéj wpływa na zwiększenie się wydzielania azotu jodek sodu i wapna. Tutaj częstokroć zwiększone wydzielanie trwa parę dni, poczém ilość azotu się zmniejsza. Co do wpływu na wydzielanie kwasu fosforowego, to jodek potasu nie zdaje się żadnego wywierać wpływu, jodek sodu i wapna zmniejszają wydzielanie, zaś przeciwnie nalewka jodowa i jodek amonu zwiększają je. W jednym przypadku białkomoczu w *Nephritis interstitialis* autor stwierdził, że nalewka jodowa znacznie zmniejszała wydzielanie się białka. Ilość białka, która początkowo wynosiła 50 do 60 centigramów dziennie, zmniejszała się w czasie używania nalewki jodowéj z każdym dniem widocznie, tak że w końcu po upływie kilkunastu dni mocz nie zawierał go ani śladu. Na podstawie tych spostrzeżeń wnosi autor, że nie jest wszystko jedno, w jakiéj postaci i w jakiém połączeniu poleca się jod, skoro każda z soli do pewnego stopnia różnie działa. Zadaniem więc terapii powinno być wyszukać wskazania dla każdéj ze soli jodowych z osobna i dla jodu czystego. (Dok. n.)

(β) **Sporysz w biegunce krwawéj** zaleca B. du Rocher, opisuje on przypadek gwałtownéj biegunki krwawéj u 44-letniego silnie zbudowanego mężczyzny z przypadami omdlenia połączonéj, w którym środek ten sprowadził skutek pomyślny a szybki. *(Allg. medic. Central Ztg.)*

(β) **Bizmut w biegunce krwawéj** stósował Waxham za pomocą enem. Według niego usuwa azotan bizmutowy zasado-

wy wszelkie ciężkie przypady, które w biegunce podkopują ustrój chorego, głównie cechujące tę chorobę wypróżnienia krwawo-śluzowate. Pospolicie wystarcza sam azotan bizmutowy; w przypadkach cięższych radzi autor nadto podawanie makowca. Środek ten stósować należy po wypróżnieniu i to w dawkach 0·5—1·0 gr. wraz z kleikiem liposoku arabskiego. Działanie azotanu bizmutowego jest dość szybkie, w przeciągu 24 godzin zmienia on całkowicie charakter stolców biegunkowych. *(Allg. med. Central-Ztg.).*

Choroby wewnętrzne.

Rosenbach: **O nerwowém osłabieniu serca.**

Choroba ta polegająca na zajęciu pewnych nerwów w samém sercu przedstawia się nieraz w postaci takiego osłabienia i niedowładu serca, z jakiém się zwykle spotyka w miażdżycy tętnic wieńcowych. Z drugiéj zaś strony zdarza się nieraz, że w ogólnéj neurastenii objawy téjże głównie występują w przyrządzie krążenia a wtedy dają powód do rozpoznania wad sercowych, których potém dokładniejsze badanie nie wykrywa. Chorobie téj ulegają tak mężczyźni jak i kobiety, najczęściéj w wieku między 20 a 50 rokiem. Z przyczyn wywołujących ją wymienia autor: nadmierną umysłową i fizyczną pracę, męczące tańce, noce nieprzespane, nadużycia płciowe, nadmierne picie kawy, herbaty a także napoi wyskokowych, palenie tytoniu, pracę wielką przed egzaminami lub uciążliwe zajęcie sprawami handlowemi i finansowemi. W przebiegu choroby rozróżnia R. dwa okresy: podniecenia i przytłumienia. W 1szym zauważyć można nagłe zmiany barwy na twarzy, odnogi bywają już to zimne, już téż to gorące. Chorzy miewają uczucie mrowienia, drętwienia lub téż przeczulicy w palcach, rękach lub w okolicy serca. Doznają oni przytém niepokoju, uczucia duszności, tętnice szyjne, brzuszne i serce silnie biją a bicie serca jest tylko uczuciem podmiotowém, bo czynność serca wcale nie jest przyspieszona. Zwykle chorzy cierpią na brak apetytu, zatwardzenie stolca, parcie na mocz, a sen mają niespokojny. Przedmiotowo nic się nie daje wykryć. W tym okresie są częste przerwy a w nich chorzy czują się wcale nieźle. Jeżeli taki okres długo trwa bez pomocy lekarskiéj, to przechodzi on w okres przytłumienia. Odżywienie chorego wówczas podupada, powłoki ogólne blade, bezsenność ciągła, przytém chorzy są nadzwyczaj rozstrojeni i umysłowo znużeni. Bicie serca zdarza się rzadko, lecz chorzy mają ciągle uczucie bicia serca i pewnego niepokoju w jego okolicy. Uderzenie koniuszkowe serca słabsze jest niż zwykle, tony serca mniéj silnie zaznaczone i cała czynność serca osłabiona. Zmiana szybkości tętna jest bardzo prędka, potrzeba lada małego wzruszenia, aby tętno znacznie się przyspieszyło. W sercu samém nie znajdujemy żadnych organicznych zmian, bo nawet przy dłuższém trwaniu choroby nie wywięzuje się przerost lub objawy niedowładu. Inne objawy nie są właściwe nerwowemu osłabieniu serca, lecz sąto objawy, jakie zwykle zdarzają się w ogólném osłabieniu nerwowém. Rokowanie w świeżych przypadkach zawsze jest dobre, a w późniejszych o tyle jest gorsze, że choroba wówczas jest więcéj uporczywą i mniéj dla leczenia przystępną. Leczenie polega przedewszystkiém na usunięciu wszelkich szkodliwości, a jeżeli jestto w domu niemożebném, należy chorego na parę miesięcy oddać do zamkniętego zakładu. Starać się o podniesienie odżywienia chorego, sprowadzenie dobrego snu, rozbudzenie w nim zaufania we własne siły i przedstawienie mu choroby jako cierpienie mało znaczące. Pożywienie należy choremu często podawać, ale za to w małych ilościach i złożone głównie z mącznych i mięsnych potraw, kawy i herbaty nie pozwalać, chyba bardzo lekką, palenia tytoniu zakazać. Daléj należy dbać o odpowiednie zajęcie umysłowe i ruch, polecając choremu gimnastykę, wycieczki w góry, pływanie itp. odpowiednie do sił chorego rozrywki. Jeżeli pomimo to sen nie wraca, a i zimne zlewania po ciepłéj kąpieli lub zimne wycierania ciała pod tym względem okażą się bezskutecznemi, wówczas należy użyć środków nasennych, aby koniecznie sen choremu przywrócić. Systematycznych kuracyj zimną wodą, ani téż leczenia elektrycznością R. nie zaleca. Z leków można używać ze skutkiem przetworów bromu, żelaza, chiny, ergotyny, a przedewszystkiém kokainu, dając na dawkę 0,02—0,03 dwa razy dziennie. W ogóle leczenie higijeniczno-dyjetetyczne należy przed wszelkiemi lekami stósować. (*Bresl. Aerztl. Zeitschr.* Nr. 15 i 16). *Dr. J. Surzycki.*

(*B*) **O wypukiwaniu gardziela.** Przy zwężeniach dolnych części gardziela zaobserwował R. Feletti wypuk bębenkowy po stronie piersiowéj, w razie gdy przestrzeń położona po nad zacieśnieniem zostawała pod działaniem prężności znajdującego się w niéj gazu. Jeżeli wśród wysłuchiwania odgłos bębenkowy w danym przypadku nie dał się słyszeć, to podany kwas winowy i dwuwęglan sodowy zaraz go wywoływał, byleby tylko wywięzujący się kwas węglowy nie dostawał się do żołądka. Zwężenia obserwowane przez autora bywały nieraz tak znaczne, że przy sekcyi zaledwie można było sondę przeprowadzić, jasną więc rzeczą, że za życia niewielkie nawet ilości śluzu lub inne obce ciała a przytém skurcze mięśni mogły sprowadzać zupełne zamknięcie gardziela. Za pomocą aspiracyi gazu można było zmniejszyć przestrzeń rozdętą, przyczém wypuk bębenkowy stawał się słabszy, ale zawsze wysokością tonu różnił on się od wypuku żołądka. Dla stwierdzenia swych poglądów, jakotéż dla usunięcia pewnych wątpliwości przeprowadził autor doświadczalnie odpowiednie badania na trupie. Wprowadził on mianowicie w gardziel z lewéj strony szyi pęcherz i tenże wydymał powietrzem; pokazało się przytém, że przestrzeń wypuku bębenkowego zmieniała się stósownie do tego, jak pęcherz przesuwano w górę lub w dół gardziela. Raz zjawiała się ona w wewnętrznéj części dołka podobojczykowego, to znów między drugiém a trzeciém lewém żebrem lub między drugiém a trzeciém międzyżebrzem itd. Doświadczenie to przemawiałoby za tém, że za pomocą fizycznego zbadania dałoby się oznaczyć siedzibę zaciśnienia. Jeżeli pęcherz wypełniono wodą, zamiast bębenkowego wypuku można było wykazać odpowiednią figurę stłumienia.— Sztuczne to przeprowadzenie tego, co się dzieje w ustroju w danym stanie chorobowym, ma wielkie znaczenie pod niejednym względem, bo daje pewne podstawy dla rozpoznania nawet wtedy, gdy się rozchodzi o obrzęk zbity lub o rozszerzenie gardziela masami pokarmowemi w nim tkwiącemi. Również wynika ztąd, że odgłos bębenkowy nie może powstać przez zmianę w napięciu, a mianowicie przez ucisk otaczających zrazów płucnych, ale raczéj przyczyny jego trzeba szukać w nagromadzeniu gazów w rozdętéj przestrzeni gardziela. *(A. m. Ctr. Ztg.)*

Choroby dzieci.

Dr. Sanné: **O zakrzepach sercowych u dzieci.**

Do pospolitych wyników oględzin pośmiertnych dzieci, zmarłych na rozliczne choroby, należą skrzepy w sercu. Niejednaka ich budowa i rozmaite wejrzenie dały powód autorom do wypowiedzenia sprzecznych mniemań o przyrodzie i czasie ich tworzenia się; jedni twierdzą, że skrzepy powstają podczas konania i skonu, a zatém byłyby to istotne

skrzepy, drudzy zaś utrzymują, że skrzepy tworzą się za życia i sprowadzają groźne dla ustroju następstwa, które dla odróżnienia od skrzepów pospolitych należy nazwać zakrzepem.

Dr. Sanné spostrzegał nader pouczający przypadek, który mu dał powód do wypowiedzenia zasadniczych uwag o téj sprawie chorobowéj. Dzieli on skrzepliny sercowe na trzy gromady: do pierwszéj zalicza skrzepy zsiadłéj krwi, miękkie, niemal rozpływne, barwy galarety porzéczkowéj, siedzibą ich jest prawa komórka; nie ulega wątpliwości, że zsiadanie tych skrzepów powstaje podczas śmierci. Do gromady drugiéj należą skrzepy budowy mięszanéj, są one w górnoprzedniéj części włókniste, w dolnotylnéj zaś z krwi zsiadłéj; znajdują się w komórce prawéj i wydłużają się gałązkowato, sięgając wielkich naczyń, co dało powód do mianowania ich skrzepami uklejowatemi. I te skrzepy niezawodnie powstają podczas zgonu, a dwoistość budowy tłumaczą Cornil i Ranvier tém, że ciałka krwi, jako cięższe opadają i tworzą pokład skrzepliny krwawéj ku dołowi i tyłowi, podczas gdy części skrzepu górna i przednia, pozbawione ciałek krwi, mają budowę ściśle włóknistą. Skrzep trzeciéj gromady ma budowę wyłącznie włóknistą i bywa rozmaitych rozmiarów, postać jego przeważnie kulista, wciska się w ścięgniste przestwory mięśni sercowych i wydłuża się do przedsionka i naczyń, przyczém ujście i zastawki odciskają na nim szyjkowate zacieśnienie; zazwyczaj jest on zbity a nawet twardy, budowy jednolicie włóknistéj i jednoczesnéj co do powstania. Wielu pisarzy uważa skrzep z takiemi cechami jako wytwór chorobowy, za życia powstały. Dr. Sanné nie podziela tego zdania i sądzi, że skrzepy włókniste, wielkie, luźne nie tworzą się za życia, a przez to samo nie sprowadzają ciężkich zaburzeń w czynnościach krążenia, których przyczyna tkwi w zmianach chorobowych innych narządów; natomiast utrzymuje on, że są istotnie skrzepy powstające za życia, lecz dla ich wytworzenia niezbędnym jest warunek, polegający na zapaleniu wsierdzia i następowém wytworzeniu nierówności błony surowiczéj; skrzep taki zsiada się powolnie i stopniowo z włóknika krwi; budowa jego zbita, barwa popielata; przystaje on do ścian serca i zastawek nie przez luźne przyleganie, jak to ma miejsce z skrzepami powyżéj opisanych trzech gromad, lecz spaja się z zapaloném wsierdziem; jeśli te skrzepy długo trwają, środkowa ich część rozmięka, a badanie wykazuje obfitą ilość białych ciałek krwi i włóknik w stanie rozpadu; czasami znowu z biegiem czasu skrzep kurczy się, twardnieje, a wyjątkowo powstają w nim złogi wapienne. Rozmiary tych skrzepów są zawsze małe, co je rozróżnia od wielkich skrzepów wyżéj opisanych; rzecz prosta, że objawy kliniczne, które wywołują skrzep małych rozmiarów, muszą być zupełnie różne od tych, które powstają w skutek skrzepów wielkich, tak zwanych uklejowatych powstających podczas konania i śmierci.

Dr. Sanné opowiada spostrzegany przez siebie przypadek 13 letniego chorego w szpitalu Sainte Eugénie; z opisu tego wyjmujemy tylko najważniejsze punkty, mianowicie, że rozpoznano przewłoczne zapalenie wsierdzia z zwężeniem ujścia tętnicy głównéj i niedomykalnością jéj zastawek, przyczém okolica serca była nieco wysadzona, obok prawidłowéj jego granicy wypukowéj. Tony serca przytłumione, im towarzyszą dwa szmery: skurczowy, słyszany w całéj okolicy przysercowéj, a najwięcéj u podstawy, i rozkurczowy, wyraźny, słyszalny tylko u podstawy; tętno słabe, rytm serca prawidłowy. Powyższe objawy nie uległy zmianie do końca życia chorego, prócz szmeru rozkurczowego, który zmniejszając się stopniowo, w końcu znikł zupełnie, a drugi ton serca stał się zupełnie czystym.

Po 4-tygodniowym pobycie w szpitalu, podupadając stopniowo na siłach, chory umarł nagle. Badanie pośmiertne wykazało nieznaczny przerost komórki lewéj: woda wlana do tętnicy głównéj zatrzymała się na zastawkach, co świadczyło o ich domykalności. Po otwarciu wnętrza serca spostrzeżono w ujściu tętnicy głównéj ciało wielkości małego orzecha włoskiego, zamykające prawie szczelnie to ujście, i wydłużające się nieco w światło aorty; ciało to miało budowę włóknistą, barwy popielato różowéj, cechującéj skrzepy długotrwałe, twardości zdumiewającéj, zależnéj od złogów wapiennych w warstwach włóknika; spójność jego z prawą i tylną zastawką aorty równała się zrostowi. Między tém ciałem włóknistém a zastawką lewą spostrzeżono cieśninę, wypełnioną czarnym świeżym skrzepem. Prawa zastawka tętnicy głównéj przedziurawiona, i téj okoliczności należy przypisać objaw niedomykalności spostrzegany za życia; otwór ten zatyka w znacznéj części powyżéj opisane ciało włókniste; zastawki aorty zgrubiałe, pomarszczone, o powierzchni nierównéj. Zresztą w całym organizmie nigdzie nie wykryto sprawy miażdżycowéj, i na zastawkach nie znaleziono złogów wapiennych. Zastanawiając się w dalszym ciągu nad tym przypadkiem stwierdza autor, że skrzep znaleziony w sercu powstał za życia, w okresie oddalonym od śmierci, gdyż posiadał wszystkie cechy długotrwałości: małe rozmiary, ścisłą spójność z zastawką w stanie przewlocznego zapalenia, barwę popielato-różową, złogi wapienne, stałe zepchnięcie zastawek, wymagające dłuższego i ustawicznego działania siły. Objawy spostrzegane za życia również przemawiają za tém, że skrzep wówczas już istniał. Zatykając ujście tętnicy głównéj sprawiał on zwężenie jego, które objawiało się szmerem skurczowym, u podstawy serca słyszalnym. Przedziurawienie zastawki prawéj u jéj podstawy, wywoływało niedomykalność, wyrażającą się szmerem rozkurczowym u podstawy serca; lecz szmer ten, w miarę zwiększenia się skrzepu, malał, a wreszcie znikł, gdy otwór został zatkany. Słowem, badanie pośmiertne w zupełności wyjaśniło objawy spostrzegane za życia. Praca Dra Sanné stanowi ważny przyczynek do rozpoznawania zakrzepów sercowych za życia i z tego względu zasługuje na szersze rozpowszechnienie. (*Revue Mensuelle des maladies de l'enfant*, zeszyt październikowy, 1886 r.). *Dr. A. Kwaśnicki.*

Prof. Hirschprung (Kopenhaga): **Samogwałt u dzieci.**

Wiadomo, że samogwałt u starszych dzieci dość często bywa praktykowany i częściéj u chłopców niż u dziewcząt. Że się zdarzają przypadki samogwałtu u osesków, na to zgadzają się różni lekarze, a między innymi Vogel, Steiner, Henoch, Lindner, Rilliet i Barthez wspominają o tém. Z własnéj praktyki prof. H. ma kilkanaście takich przypadków, z których kilka z lat ostatnich opisuje. Dziewczynka 13-miesięczna, z ojca zdrowego a matki nerwowéj, od kilku miesięcy ma cierpieć napady, z których jeden właśnie prof. H. obserwował. Dziecko leżało na piersiach i ramieniu piastunki, rękami trzymało się silnie a odnogi dolne wyprostowane opierały się na brzuchu piastunki. W tém położeniu zaczęło wykonywać ruchy ku górze i na dół trąc się w ten sposób częściami płciowemi o łono piastunki. Dziecko miało twarz silnie zaczerwienioną, źrenice rozszerzone, zachowywało się podczas tego aktu spokojnie i dopiero po skończonéj czynności zaczęło znowu krzyczeć. Badanie części płciowych nie

wykazało żadnych zmian, jak również nic nieprawidłowego nie znaleziono przy badaniu całego ciała. Według twierdzenia matki podobne napady powtarzały się kilka razy dziennie, a w nocy dziecko zrywało się z krzykiem i wtedy dopiero uspokajało się, gdy zadowoliło swój popęd płciowy na rękach piastunki. Prof. H. polecił ściśle pilnowanie dziecka i niepozwalanie mu na te czynności, a jak się potém dowiedział, rady te wydały pożądany skutek.—Starsze dziewczynki zwykle popełniają samogwałt przez tarcie się o krzesło, lub trąc nogę o nogę i takie czynności powtarzają kilka razy dziennie a nawet i w nocy. Trzechletnią dziewczynkę obserwował prof. H. w szpitalu, dokąd była oddana dla leczenia. Pochodziła z rodziny obciążonéj nerwowemi zboczeniami, była dobrze rozwinięta, chociaż blada i niedokrewna. Przed $1\frac{1}{2}$ rokiem dostała świądu części płciowych i od tego czasu oddaje się samogwałtowi. Czynność była podobna do wyżéj opisanéj, i miewała miejsce tak w dzień jak i w nocy. Przez 40 dni pobytu w szpitalu chora spała z przywiązanemi do łóżka nogami i napadów nie miewała. Inny przypadek dotyczył 16-miesięcznego chłopca, który jeszcze nie mógł o własnych siłach chodzić. Matka jego opowiada, że od 8 miesięcy co dzień, a potém i kilka razy dziennie zastaje się go w następującéj sytuacyi. Siedzi prosto, nieco pochylony, poruszając się górną połową ciała to naprzód to w tył, prącie przytém ma naprężone, krzyczy, jeżeli mu się przeszkadza, a wreszcie po półgodzinnym nieraz takim napadzie jest cały potem oblany, zmęczony i prawie nieprzytomny; od miesiąca chudnie, ma rozwolnienie i słaby apetyt. Polecono stosować zimne owijania, które pożądany skutek sprawiły. Autor uważa nadzwyczajną nerwowość w rodzinie lub nawet choroby umysłowe jako usposabiające czynniki. Prawie wszystkie dzieci cierpiały na zatwardzenie stolca i na to poleca H. zwrócić szczególną uwagę. Nie należy téż zapominać o pokrzywce, liszaju i glistnicy robaczkowéj, bo w skutek swędzenia wywołanego przez nie dziecko mimowolnie może być skłonne do samogwałtu. Że samogwałt wyniszcza dzieci i fizycznie i umysłowo, że się nie mogą należycie w obec tego nałogu rozwinąć, tego nie potrzeba chyba dowodzić. To téż tembardziéj powinny być oczy rodziców i lekarza zwrócone na zachowanie się dzieci, a w razie spostrzeżenia podobnych czynności natychmiast należy zapobiedz złemu. Starsze dzieci najlepiéj oddawać do zakładu pod dozór lekarzy, bo lekarz najlepiéj będzie mógł ten nałóg wykorzenić. (*Berl. klin. Woch.* 1886, Nr. 38). *Dr. J. Surzycki.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

IIIcie zwyczajne naukowe posiedzenie Sekcyi lwowskiéj z dnia 6 lutego 1886.

Przewodniczący kol. Merunowicz. Członków obecnych 17.

1) Kol. Ziembicki przedstawia: *a)* trzech chorych z oddz. tut. powszechnego szpitala, na których dokonał resekcyi osteoplastycznéj według Mikulicza. U chorych tych trzebaby było zrobić amputacyję, gdyby nie zastósowano metody Mikulicza. Przyczyną choroby były u tych chorych rozległe nacieki gruźlicze w skórze, stawach i kościach, a następnie próchnienie kości. Jak widać chorzy ci chodzą teraz dobrze, mimo że jeszcze odpowiednich bucików nie mają. Przebieg po operacyi był rozmaity. U jednego wystąpiła recydywa i musiano nowo powstające ogniska gruźlicze wyskrobywać. U drugiego chorego wystąpiła zgorzel skóry z powodu wadliwego krążenia, co jednak nie pociągnęło za sobą żadnych złych następstw. U trzeciego nie nastąpiło po operacyi żadne powikłanie. Przypadki te są dalszym wymownym dowodem, jak wielkie korzyści przysparza chorym w ogóle chirurgija zachowawcza, a w szczególności metoda Mikulicza.

b) Chorego po resekcyi kolana prawego, który chodzi dobrze. Na uwagę zasługuje u tego chorego, że po operacyi miał wielkie kurcze i boleści do tego stopnia, że mimo gipsowego opatrunku podniósł całą odnogę operowaną do góry, a przecież i tak zagojenie nastąpiło *per primam.*

c) Chorego kominiarza, który przed rokiem spadł z dachu. Po roku tedy przybył on na oddział chirurgiczny tutejszego szpitala z fleksyją uda prawego na miednicę w najwyższym stopniu i zwróceniem odnogi dolnéj na zewnątrz. Trzeba było przypuszczać albo złamanie szyjki udowéj prawéj źle wyleczone, albo zwichnienie kości udowéj prawéj. Co do terapii to albo trzeba było robić osteotomiję linijną albo klinową, albo na nowo złamanie kości udowéj. Otóż kol. Ziembicki zrobił *osteotomiam subtrochantericam*, a potem złamanie.—Zagojenie nastąpiło szybko i dobrze. Wynik leczenia trzeba uważać za bardzo korzystny, skrócenie odnogi wynosi teraz zaledwie $\frac{1}{2}$ cm., chory chodzi teraz dobrze a przedtém nie mógł postąpić ani kroku.

d) Chorego, który po przebyciu duru okazywał bardzo rozległą wypocinę ropną opłucny, a któremu kol. Ziembicki zrobił: 1) resekcyję 1go żebra, 2) resekcyję 7miu żeber. Szczególném jest, że mimo iż resekowano kawałki żebra 6, 8 i 10 cm. długie, nastąpiła reprodukcyja żeber na wszystkich żebrach, tak, że dzisiaj różnica w objętości obu połów klatki piersiowéj wynosi zaledwie 1 cm na niekorzyść strony, na któréj operacyi dokonano.

e) Chorą w 17 dni po owaryjotomii. Operacyję tę przedsięwzięto z powodu mięsaka jajnika, który na poprzedniém posiedzeniu po wycięciu okazywał kol. Sztembarth. Chora ta dziś już wyleczona, nie gorączkowała ani razu po operacyi.

f) Kamień (szczawianowy) wielkości jaja kurzego, spłaszczonego nieco, który kol. Ziembicki wydobył z pęcherza moczowego *per sectionem altam.* Kamień ten ważył 63 grm. i był 7 cm. długi.

W dyskusyi zabiera głos kol. Barącz i opisuje metodę osteoplastyczną wynalezioną przez anglika Kitleja, a opisaną w ostatnim numerze „*The Lancet*“. Metodę tę radzi Kitlej stósować w obec wrzodów gruźliczych podudzia, a polega ona na tém, że robi się najpierw amputacyję według Symego, ze skóry zaś na grzbiecie stopy i z podeszwy robi się płat, z którego wytwarza się sztuczny kikut, na którym chory bez szczudła chodzić może. (Dok. n.)

V. Billrotha Aforyzmy.

(Dokończenie. Patrz Nr. 42).

Powszechném jest utyskiwanie na brak lekarzy na prowincyi. Bardzo trafnie wykazuje B. powody tego braku. „Ci lekarze, którzy jeszcze nieco mają sumienia, nie osie„dlają się w małych miejscowościach, ponieważ czują się „za słabymi, aby praktykować samodzielnie w myśl dyplomu „swego jako *doctores medicinae universalis.* Śmielszymi być „mogą w Wiedniu i innych większych miastach, bo chorego „niezamożnego wyprawiają do szpitala, a u zamożniejszych „radzą się specyjalisty. Jeżeli zresztą nie są w ciemię bici, „to w ten sposób przepychają się; w kawiarniach znajdują „dzienniki lekarskie, a w nich najnowsze wykłady profeso„rów, wiadomości o najważniejszych lekach nowych i ich „działaniu; co do dawki i receptury posiłkują się kalenda„rzem lekarskim; wreszcie od innych przyjmują rozmaite „postawy i górnolotne tegoczesne sposoby mówienia, a jeżeli „przytém są nieźle ukształceni cieleśnie i umieją pozyskać „dla się kobiety, praktyka ich wnet kwitnie, tak że naigra„wają się z innych, którzy się męczyli podczas studyjów i „późniéj jeszcze dręczą się czytaniem trudnych książek“. Oto jeden powód, a drugi również ważny jest następujący: Od r. 1848 lekarzom wolno obrać sobie siedzibę, jaka im się podoba, nic więc dziwnego, że po największéj obierają sobie miasta większe, gdzie większego spodziewają się do-

chodu. „Jak stolarza nie można zmusić, aby osiedlił się „w miejscu, w którém nie znajduje dostatecznego dochodu, „tak też nie podobna zmusić lekarza, aby osiadł tam, gdzie „ludność jest tak ubogą i zdrową, że lekarz śród niéj żyć nie może“. Jak tu zaradzić złemu? Ograniczenie wolności osiedlania się jest niemożebném, tworzenie lekarzy niższéj kategoryi (dawniejszych t. zw. chirurgów) byłoby niestósownêm, a w obec ludności wiejskiéj i górskiéj wprost niesprawiedliwém, „bo sprzeciwia się naszemu poczuciu o równości ludzi przed Bogiem, prawem i lekarzami“. Pozostaje więc tylko system premijowania lekarzy, osiedlających się w takich okolicach. Niech państwo o to się postara, aby lekarz taki, gdzie istnieć nie może własną pracą, otrzymał mieszkanie, opał itd., a za to leczył ubogich. Dałoby się to łatwo przeprowadzić, gdyby kilka gmin łączyło się w tym celu, tak jak się łączą na utrzymanie szkół. Wreszcie poleca autor instytucyję t. zw. pomocników lekarskich, która w Niemczech okazała się praktyczną.

Gdy zaślepiony zazdrością Othello przystępuje do zamordowania niewinnéj Desdemony, nieśmiertelny poeta kładzie w usta jego monolog, rozpoczynający się od słów: *It is the cause! It is the cause!*—(Tego wymaga sprawa!). Słowami temi posługuje się Billroth jako godłem dziełka swego, przywięzując do nich wielką wagę, bo je powtarza na czele każdego rozdziału. Obawiamy się, że przeciwnikom swych zapatrywań,—a takich znajdzie się zapewne wielu w gronie samego Wydziału—mimowolnie dostarczył podstawy do twierdzenia, że zaślepiony ich kolega targa się na przeczystą i niewinną *Facultas Vindobonensis.* Lecz my nie myślimy poczytać wielkiemu chirurgowi niefortunnego wyboru godła, jak nie zamierzamy spierać się z nim o małe grzeszki filologiczne, w obec tego, że przemawia w imię dobréj sprawy, że przemawia śmiało i otwarcie. Przywięzując wielką wagę do wytrawnego jego sądu nie wahaliśmy się podać nieco obszerniéj treść jego dziełka, z którą w większéj części się zgadzamy; pozwolimy sobie jednak wymienić i te szczegóły, co do których mamy zdanie odmienne.

B. wykazuje strony ujemne studyjów lekarskich we Wiedniu, a właściwie odsłania owe wady, które powszechnie są znanemi: brak pilności oraz po części niemożność przykładania się do nauk u studentów, uczęszczających na Wydział lek., wreszcie niedostateczne przygotowanie do praktyki doktorów tamecznych. Na szczęście inaczéj się ma rzecz w innych Wydziałach, a przynajmniéj u nas; jeżeli we Wiedniu na 100 uczniów uczęszcza pilnie 12—15, to u nas procent ten wynosi 70—80, u nas dotychczas wszystkim słuchaczom daną jest możność uczenia się, a nasi młodzi lekarze bez porównania poradniejszymi okazują się w początkach praktyki, aniżeli wiedeńscy. Ale też fakt ten przemawia wymownie za słusznością zdania Billrotha, że mniejsze uniwersytety są korzystniejsze dla uczniów aniżeli wielkie. Również przyznajemy mu w zupełności słuszność, gdy dowodzi niepraktyczności ustawy o rygorozach z r. 1872 i konieczności jéj rewizyi. Ale żadną miarą zgodzić się nie możemy na proponowany przezeń sposób, w jaki należy zaradzić przeciążeniu Wydziału lek. we Wiedniu. Z uwagi, że przepełnienie pochodzi głównie od napływu Węgrów, domaga się, aby przypuszczono we Wiedniu do rygorozów tylko tych kandydatów, którzy wykażą się egzaminem dojrzałości odbytym w gimnazyjum przedlitawskiém, uzasadniając żądanie to mniejszemi wymogami w gimnazyjach węgierskich. Pomijając okoliczność, że zastrzeżenie takie wywołałoby oburzenie w Węgrzech z powodu zadraśnięcia miłości własnéj i dumy narodowéj, pomijając daléj okoliczność, że byłoby wprost niesprawiedliwém, bo skoro państwo uznaje dla kandydatów medycyny ważność egzaminów dojrzałości zagranicznych, jak rosyjskich, francuskich itd., to nie pojmujemy wcale, jakim sposobem niedopuszczanie do rygorozów uczniów, nie mających austryjackiego świadectwa dojrzałości, mogłoby tak bardzo wpłynąć na zmniejszenie się liczby uczniów, skoro wolnoby im było przez 5 lat uczęszczać na Wydział wiedeński? Nierównie praktyczniejszą jest propozycyja, aby Rząd węgierski dopuszczał do praktyki tylko tych lekarzy, którzy nabyli stopień doktora na jednym z uniwersytetów węgierskich lub przynajmniéj przez 3 lata na jeden z nich uczęszczali; ale rozporządzenie takie zależy wyłącznie od Rządu węgierskiego, na decyzyję którego żadnego wpływu mieć nie możemy. Utrzymanie stanu obecnego co do liczby uczniów obok pomnożenia katedr i klinik, propozycyja, za którą prawdopodobnie oświadczy się większość Wydziału, jest niemożebném, jak to sam B. wykazuje, raz z powodu, że środek ten nie zapobiega wcale przepełnieniu w poszczególnych zakładach i klinikach i musiałby nadto pociągnąć za sobą zbyt wielkie ograniczenie wolności uczniów, a powtóre z powodu wielkich kosztów, których wymaga, kosztów, któreby ponosić musiała sama Przedlitawija, a które w razie nieprzewidzianego obniżenia się liczby uczniów, okazałyby się zbytkiem, niczém usprawiedliwić się nie dającym. Utworzenie nowych Wydziałów — jak znów przyznaje Billroth — mogłoby Wiedniowi przynieść ulgę dopiero po dziesiątkach lat a tu pomoc doraźna jest potrzebną. Zresztą nie podzielamy zdania szan. autora, jakoby można tworzyć same Wydziały lekarskie, któreby nakształt dawniéj istniejących akademij prawniczych, były prostemi szkołami lekarskiemi, nie dosięgając poziomu uniwersytetów; a gdy takim akademijom niepodobna przyznać prawa udzielania stopni doktorskich, więc jak pod względem naukowym zajmowałyby rolę podrzędną, tak nie miałyby miru u studentów. B. oświadcza się za utworzeniem Wydziałów lekarskich w Bernie morawskiém i w Czerniowcach, oraz za przywróceniem Akademii Józefińskiéj. Co do ostatniéj atoli wiadomo, że zamiar Ministerstwa wojny przywrócenia téj szkoły rozbił się o opozycyję Rządu węgierskiego; czy Berno, miasto wskroś fabryczne, posiada warunki niezbędne dla prosperowania Wydziału lek., nie wiemy; ale to wiemy, że tych warunków nie posiadają Czerniowce. Wydziałowi lekarskiemu w mieście tém B. rokuje przyszłość w razie otwarcia bezpośredniego połączenia z Kijowem i Budapesztem, ale jak nadzieja, że uniwersytet tameczny przyciągać będzie Rumunów, okazała się płonną, tak już wcale spodziewać się nie można, aby medycy rosyjscy i węgierscy mieli okazać nagle pociąg do wykładów niemieckich w Czerniowcach, choćby komunikacyja była najlepszą; a gdyby nad wszelkie spodziewanie nadzieja Billrotha miała się ziścić, pytanie, jakiém prawem można żądać od Przedlitawii ofiar na rzecz Rosyi i Węgier?

Tak więc drogą wykluczenia dochodzimy do wniosku, że tylko przez ograniczenie liczby uczniów — *Numerus clausus* —, jak proponuje p. Minister Oświecenia, złemu skutecznie da się zaradzić. Jestto niezawodnie ograniczeniem wolności uczenia się, ale lepsze ono od nieograniczonéj swobody nieuczenia się. Inna rzecz, czy i w jaki sposób *„Numerus clausus“* dałby się przeprowadzić? W półroczu ostatniém letniém było w Wydziale lek. wiedeńskim wszystkich

uczniów 2147; z tych pochodziło z Węgier 641, z Galicyi 292, z Austryi dolnéj 259, z Morawy 249, z Czech 209. Odliczając Węgrów, Galicyjan i Czechów pozostaje liczba 1000 uczniów, wliczając w nią i Morawian, którzy jako bliżsi sąsiedzi stolicy i nie posiadający w kraju uniwersytetu, mają niezaprzeczone prawo do korzystania z wszechnicy wiedeńskiéj; Węgrów śmiało można odesłać do Wydziałów lek. w Budapeszcie i Klausenburgu, i dać sposobność Rządowi węgierskiemu do utworzenia trzeciego uniwersytetu w Preszburgu; Czesi mają dwa Wydziały lekarskie w Pradze a Galicyjanie mają Wydział lekarski w Krakowie; gdyby zaś nastąpiło przepełnienie w Krakowie, wtedy wypadałoby uzupełnić uniwersytet lwowski Wydziałem lekarskim, a ostatecznie i przywrócenie uniwersytetu morawskiego w Ołomuńcu mogłoby być wskazaném. Środki te nie wymagałyby zbyt wielkich nakładów, podczas gdy inne środki rozbiją się o kwestyję finansową, która u nas pierwsze zajmuje miejsce. Wypadałoby tylko rozporządzić, że liczba uczniów Wydziału lek. w Wiedniu nie może o wiele przenosić cyfry 1000 i że uczniów pochodzących z Węgier i z odleglejszych od Wiednia krajów koronnych o tyle tylko przyjmować się będzie, o ile cyfra tamta przekroczoną nie będzie. Wiemy, że większość członków Wydziału lek. w Wiedniu na tę „degradacyję“ Wydziału nigdy się nie zgodzi, pomimo, że, jak trafnie wykazuje Billroth, Wydział straciłby tylko pozorną świetność, a zyskałby na rzeczywistéj wartości i na pożyteczności. Prawda, że członkom Wydziału grozi szkoda materyjalna, dla tego też kwestyja ta wiąże się z inną, to jest z kwestyją czesnego, o czém późniéj.

Mimochodem zwracamy uwagę na wytrawne zdanie Billrotha co do braku lekarzy na prowincyi. Podczas gdy statystycy dowodzą — a dowodzić zaprawdę nie potrzeba — że na prowincyi, zwłaszcza w Galicyi, ogromny brak lekarzy, — redakcyja jednego z pism lekarskich wiedeńskich w obec ciągłego przypływu młodzieży na medycynę bardzo trafnie twierdzi, że niezadługo nad wrotami zakładów lekarskich trzeba będzie umieścić jako przestrogę dla uczniów słowa Dantego: *„lasciate ogni speranza Voi ch'entrate!* Brakowi na prowincyi nigdy nie zaradzi kreowanie coraz większéj liczby lekarzy, bo osiedlenie się na wsi lub w t. zw. miasteczkach naszych jest częstokroć poświęceniem, którego niepodobna domagać się od człowieka, który tyle łożył na swoje wykształcenie. Liczba mieszkańców stanowi wprawdzie o potrzebie lekarzy, ale niestanowi wcale o możności utrzymania się ich; do tego oprócz liczby potrzeba dobrobytu mieszkańców i chęci leczenia się; lekarz zaś ma prawo domagać się, aby znalazł w siedzibie swojéj możność istnienia. Zabezpieczenie bytu, czy to przez państwo czy przez gminę, zwłaszcza zbiorową, to *conditio sine qua non* osiedlania się lekarzy po wsiach, zwłaszcza górskich. Wszak lekarz u nas na prowincyi nawet za swoje pieniądze nie znajduje mieszkania przyzwoitego, którego jednak państwo czy gmina dostarczają księdzu, żandarmom itd.

W końcu Billroth porusza konieczność reformy studyjów lekarskich. Nie ulega wątpliwości, a na to wszystkie Wydziały się zgadzają, że ustawa z r. 1872 pod wieloma względami okazala się wadliwą. Rewizyja jéj jest nieodzownie potrzebną. Może nam się nastręczy jeszcze sposobność szczegółowego omówienia zmian, które są pożądanemi. Na teraz poprzestajemy na wskazaniu niektórych najpilniejszych, a temi są:

1. uwolnienie uczniów medycyny od obowiązku składania egzaminów z zoologii, botaniki i mineralogii, w skutek czego pierwszy rok nie będzie stracony dla nauk lekarskich,

2. przywrócenie anatomii, fizyjologii, anatomii patologicznéj, patologii ogólnéj, farmakologii, medycynie sądowéj godności nauk obowiązkowych i nadanie jéj innym naukom, jak np. chemii lekarskiéj,

3. pozwolenie składania egzaminów ścisłych (a tém samém i pierwszego) dopiero po ukończeniu pięciolecia,

4. odbycie praktyki, co najmniéj półrocznéj, w szpitalu przed nabyciem prawa do praktyki prywatnéj,

5. odbycie służby wojskowéj dopiero po ukończeniu studyjów.

„Sprawa tego wymaga“, — pod tém hasłem wypowiada Billroth dużo prawd, a w końcu każdego rozdziału streszcza zdanie swoje w postaci katońskiego: *ceterum censeo.* Niechaj i nam wolno będzie pod koniec tego omówienia wypowiedzieć swoje *ceterum censeo*: przedewszystkiém należy znieść czesne! Wiemy aż nadto dobrze, że zdanie to nasze znajdzie wielu przeciwników, ale mimo to nie wahamy wypowiedzieć silne przekonanie, że reformę uniwersytecką rozpocząć należy od zniesienia czesnego. Nie tu miejsce ani czas po temu, aby obszernie przedstawić wszystkie powody, przemawiające przeciw utrzymaniu czesnego i zbić wywody przeciwne, sądzę jednak, że nie jeden zgodzi się z nami, że z bardzo wielu powodów środek ten byłby i słusznym i pożytecznym. Byłby on słusznym, naturalnie tylko pod warunkiem, aby płace były podwyższone odpowiednio do rangi, jaką mają profesorowie, a gdyby mimo to niektórzy profesorowie ponieśli stratę materyjalną, możnaby ją powetować przez rodzaj indemnizacyi; byłby zaś z pewnością korzystnym, bo wtedy zdanie Billrotha, że nie liczba uczniów stanowi o wartości uniwersytetu, lecz jakość ich pracy i wykształcenie, zyskałoby bardzo wielu zwolenników! *L. Blumenstok.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

* **Cholera** wzmogła się znów w Budapeszcie i w Tryjeście, podczas gdy w Wenecyi wygasła. Natomiast zdarzył się pierwszy przypadek cholery w Wiedniu. Rzadko kiedy udało się sprawdzić pierwszy przypadek, zdarzający się w większém mieście, z taką dokładnością i pewnością, jak tym razem w Wiedniu. D. 16 bm. przybył pociągiem pospiesznym z Budapesztu urzędnik wyższy kolei na konferencyję Rady kolejowéj. Według jednych cierpiał on już w drodze biegunkę, według innych dopiero za przybyciem do Wiednia uczuł się słabym, jednak przebrawszy się w hotelu, udał się na posiedzenie i w gmachu Tow. kolejowego zaniemógł, tak że lekarz kolejowy odprowadził go pieszo do pobliskiego hotelu. Wnet lekarze sprawdziwszy cholerę polecili przewiezienie chorego do szpitala na Wiedeniu, w którym następnego dnia zrana umarł, a sekcyja, wykonana przez prof. Weichselbauma, oraz następne dochodzenie bakteryjologiczne, sprawdziły cholerę azyjatycką. Natychmiast urząd lekarski miejski zarządził i wykonał najrozleglejsze środki ochronne, a przedewszystkiém ścisłą dezinfekcyję hotelu i gmachu Towarzystwa, oraz zamknięcie na dni kilka lokalności tych i spalenie odzieży i pościeli zmarłego.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 3—9 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 27·5. Z błonicy umarło 0 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z czerwonki 0 (2 z. t.); Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach płonicy, 1 duru brzusznego. W tygodniu od 26 września do 2 października umarło z ospy: w Budapeszcie 42, w Warszawie 1, w Wiedniu 5, w Pradze 2, w Rzymie 5, w Paryżu 2. Z duru osutkowego umarło w Budapeszcie 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z duru brzusznego umarło: w Warszawie 8, w Berlinie 7, w Hamburgu 6, w Paryżu 28, w Lyonie 10, w Londynie 24. Z odry umarło: w Paryżu i Londynie po 11. Z płonicy umarło: w Hamburgu 11, w Hanowerze 34, w Budapeszcie 25, w Londynie 16,

w Odesie 15, w Petersburgu 12. Z błonicy i dławca umarło: w Warszawie 20, w Berlinie 45, we Wrocławiu 14, w Dreźnie 11, w Wiedniu 15, w Budapeszcie 17, w Paryżu 20, w Londynie 33, w Chrystyjanii 19. Z krztuśca umarło: w Paryżu 10, w Londynie 6, w Petersburgu 7.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 26 września do 2 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 26,8; we Lwowie 31,8; w Brodach 38,2; w Drohobyczu 24,8; w Kołomyi 32,6; w Przemyślu 25,2; w Stanisławowie 48,4; w Tarnopolu 42,3; w Tarnowie 24,5; w Czerniowcach 35,7; w Warszawie 32,8; w Poznaniu 23,6; w Budapeszcie 52,2; w Wiedniu 24,4; w Salcburgu 17,6; w Gracu 24,6; w Tryjeście 48,6; w Insbruku 7,1; w Pradze 25,6; w Bernie 39,6; w Ołomuńcu 33,3; w Opawie 23,7; w Berlinie 26,6; we Wrocławiu 30,9; w Gdańsku 26,7; w Dreźnie 28,0; w Hamburgu 30,9; w Kolonii 28,1; w Lipsku 19,0; w Mnichowie 30,8; w Strasburgu 30,6; w Amsterdamie 21,9; w Bazylei 25,6; w Brukseli 31,5; w Chrystyjanii 27,4; w Genewie 20,9; w Kopenhadze 30,4; w Londynie 17,0; w Odesie 38,3 w Paryżu 21,0; w Petersburgu 22,9; w Rzymie 21,1; w Stokholmie 18,8; w Zurychu 12,5. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 21 października. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego Dr. Bossowski, asystent kliniki chirurgicznéj, miał wykład zapowiedziany, poczém docent Jaworski w imieniu komisyi przemysłowéj zdał sprawę, doświadczeniami objaśnioną, ze sporządzenia wód higijenicznych burzących.

* Przed kilku dniami wszystkie dzienniki polityczne i niektóre lekarskie w Wiedniu podały wiadomość identyczną, jakoby ze źródła urzędowego pochodzącą, według któréj w miesiącu listopadzie odbyć się ma w Ministerstwie Oświecenia ankieta, w skład któréj wchodzić mieli delegaci uniwersytetów przedlitawskich, celem obradowania nad reformą nauk uniwersyteckich. Oparliśmy się pokusie powtórzenia téj ważnéj wiadomości, a obecnie na podstawie informacyj wiarogodnych możemy oświadczyć, że owo doniesienie jest całkiem bezpodstawném.

* *W. med. Woch.* z rozpoczęciem roku szkolnego zazwyczaj występuje z filipiką przeciw innym narodowościom, zwłaszcza czeskiéj, którą przed innemi umiłowała. Obecnie wykryła nowe wykroczenie, którego dopuścili się równocześnie Czesi i Towarzystwo lekarskie wiedeńskie. W zeszycie 7ym roczników tego Towarzystwa umieszczonych jest aż 5 rozpraw, napisanych przez członków Wydziału lekarskiego z wykładem czeskim w Pradze, podczas gdy zeszyt ten nie zawiera ani jednego wiersza pochodzącego od członka Towarzystwa. A więc winni są Czesi, którzy „tym sposobem przyznają, że idyjom· ich reprezentantom nauki nie wystarcza“, winne i Towarzystwo lekarskie wiedeńskie, ponieważ otwiera tym panom furtkę, przez którą przemycają swoje prace do literatury niemieckiéj! Czy redakcyja podniosłaby także oskarżenie o przemytnictwo, gdyby uczeni czescy byli się wdarli przez furtę *W. med. Wochenschrift?*

* **Wiedeń.** W odpowiedzi na podanie wydziału Związku lekarzy rakuskich z d. 9 lipca r. b. o obowiązkowe zaprowadzenie wykładu higijeny a w szczególności higijeny szkół w zakładach kształcących przyszłych nauczycieli i nauczycielki, p. Minister Oświecenia oświadczył w reskrypcie z d. 16 września rb. że od r. 1886/7 obowiązywać będzie w tych zakładach statut, wedle przepisów którego (§§ 24 i 39) życzeniu Związku stanie się dosłownie zadosyć, o ile przy egzaminach żądać się będzie od kandydatów i kandydatek obznajomienia z higijeną szkolną. Odbywaniu wykładów przez lekarzy stoją wprawdzie na przeszkodzie względy dydaktyczne i administracyjne, jednak w przypadkach szczególnych p. Minister postara się o zupełne zaspokojenie potrzeby i w tym kierunku.

Nowo mianowany radcą sekcyjnym w Ministerstwie spraw wewnętrznych, desygnowany następca głównego referenta spraw lekarskich prof Schneidera, Dr. Emanuel Kusy, liczy lat 42, urodził się w Müglitz na Morawie, pochodzi z familii lekarskiéj, kształcił się w Akademii józefińskiéj, gdzie w r. 1869 uzyskał stopień doktora; aż do r 1876 był lekarzem wojskowym, późniéj lekarzem powiatowym, a od r. 1886 radzcą namiestnictwa i referentem spraw lek. w Bernie morawskiém. Na téj posadzie położył wielkie zasługi koło służby zdrowia, przeprowadziwszy w Morawie instytucyję lekarzy gminnych, jedynie w tym kraju dotąd istniejącą.

* **Praga czeska.** Z powodu nadchodzącego jubileuszu 25-letniego istnienia Spolek lek. českých rozpisuje 3 nagrody po 100 złot. a., o które ubiegać się mogą uczniowie medycyny oraz lekarze w ostatnich dwóch latach promowani, którzy nadeszlą do końca r. 1887 pracę lekarską napisaną w języku czeskim do tygodnika lub Sbornika lek.

Na uniwersytet czeski zapisało się dotąd 2035 słuchaczów; w szczególności zaś na wydział lekarski 888 zwyczajnych a 13 nadzwyczajnych, na prawniczy 839 zwyczajnych i 2 nadzw.; wreszcie na filozoficzny 187 zwyczajnych, 15 nadzw. i 91 farmacentów. Pomimo, że uniwersytet czeski nie posiada dotąd Wydziału teologicznego, ma on o 800 słuchaczów więcéj niż kompletny uniwersytet niemiecki. Cyfry te są aż nadto wymowne!

* **Nekrologija.** W Krakowie umarł 16 bm. Dr. Michał Hrebenda, em. lekarz powiatowy w Myślenicach, licząc lat 74.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 42: Wolberga: Gorączka powrotna u dzieci; Strzemińskiego. Jodol przy owrzodzeniach rogówki; Matlakowskiego. 36 przypadków przetok moczowych (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 42: Zagórskiego: Dwie laparotomije; odczyty z terapii w szpitalu Cochin w Paryżu Dujardin-Beaumetza (dok.). — W *Wiadomościach Lekarskich* Nr. 4: Stachiewicza: O wartości leczniczéj wziewań „*Bacterium termo*“ w gruźlicy płuc; Szadka: Kilka słów o leczeniu kiły za pomocą podskórnych wstrzykiwań soli jodowych; Widmanna: O ośrodkach w korze mózgowéj.

Redakcyja otrzymała

Dr. L. A. GLUZIŃSKI: Uiber den Einfluss des Alkohols auf d. Function des menschlichen Magens sowol im physiol. wie im pathol. Zustande. Leipzig 1886. (Osobne odbicie z „Archiv. f. klin Med.“)

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.